|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenci No:** | | |  | |
| **Adı, Soyadı**: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Anabilim/Bilim Dalı**: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Programı**: | | | **Doktora  Sanatta Yeterlik** | |
| **Tez Konu/İzleme Aşaması** | | | **Konu Öneri  1.Tez izleme  2. Tez izleme  3. Tez izleme**  **4. Tez izleme** | |
| **Cep Telefon Numarası:** | | |  | |
| **Danışmanı (Unvanı, Adı ve Soyadı):** | | |  | |
| **Tez Konusu:** | | |  | |
| **TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ** | | | | |
| **Unvanı, Adı, Soyadı** | | | | **Kurumu (Üniversite, Fakülte, Anabilim Dalı)** |
| **1. Danışman:** |  | | |  |
| **2. Üye** |  | | |  |
| **3. Üye** |  | | |  |
| **Tez İzleme Toplantı Tarihi:** | | ......../......../ ……. **Saati: ..**………...\*Önerilen tarih, Enstitüye teslim tarihinden itibaren en erken **15 gün sonra** veya **30 gün sonra** olacaktır. | | |
| **Tez İzleme Toplantı Yeri:** | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Tez izleme çalışma raporumu sunmak üzere tez izleme komitesi üyelerinin yukarıda belirtilen tarih ve yerde toplanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.  \_\_ /\_\_ /\_\_…\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Öğrenci İmza | |